



Maatschap Huisartsen Rozenburcht

www.huisartsenpraktijkrozenburcht.nl

Contactpersoon verklaring:

Hierbij geef ik:

Naam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:

Toestemming aan: (zie achterzijde als het gaat om meerdere personen)

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoonnummer:

Ik geef hierbij toestemming om mijn medische gegevens uit te wisselen.
Ik ga akkoord dat hij/zij mag bellen voor uitslagen en het maken van afspraken. Tevens verleen ik toestemming dat hij/zij vragen mag stellen over mijn medische situatie.

Datum: Handtekening:

Toestemming aan:

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoonnummer:

Toestemming aan:

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoonnummer:

Toestemming aan:

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoonnummer: